ZDROWIE I ŻYCIE

DZIENNIK URZĘDOWY IZBY ZDROWIA W GENERALNYM GUBERNATORSTWIE

Numer 31 (99). Rocznik III. | Kraków, 9. 8. 1942 r.

Redaktor: Dr. med. Werner Kroll, Kraków, Albrechtstr. 1 a (Krupnicza), tel. 10524. — Wydawnictwo: Gesundheitskammer, Kraków, Albrechtstr. 11 a (Krupnicza), tel. 10524. — Odpowiedzialny za dział ogłoszeń: W. von Würzen, Kraków, Albrechtstraße 11 a (Krupnicza). — Rachunek bankowy: Gesundheitskammer — w Creditanstalt-Bankverein, Kraków, Adolf-Hitler-Platz, róg Szewskiej. — Pocztowe konto czekowe: Warszawa 73. — Adres telegraficzny: Gesundheitskammer, Kraków. — Prenumerata Zł. 3.— mies. Wszystkie urzędy pocztowe przyjmują zamówienia. — Czasopismo ukazuje się co tydzień.

Artykuły dla części redakcyjnej nadsyłać wyłącznie pod adresem: Redakcja „Zdrowie i Życie", Kraków, Albrechtstr. 11 a (Krupnicza), lub do Oddziału Warszawskiego, Warszawa, Koszykowa 37 (Okręgowa Izba Zdrowia). Rękopisy nadsyłać można bądź to w języku polskim, bądź to niemieckim. — Korespondencję w sprawie ogłoszeń, zwłaszcza ogłoszeń pod szyfrą, kierować wyłącznie: Wydawnictwo Gesundheitskammer, Kraków, Albrechtstr. 11 a (Krupnicza).

Nie zamówione rękopisy zwraca się tylko w wypadku dołączenia opłaty pocztowej w odpowiedniej wysokości.

TREŚĆ: Str.

Lipcowe posiedzenie Towarzystwa Naukowego w Izbie Zdrowia w Generalnym Gubernatorstwie 515
Dr. W. STEUER: O odczynie zlepnym kropli suchej przy chorobach zakaźnych i o jej stosowaniu przy zwalczaniu epidemicznego i endemicznego duru osutkowego 516

Lipcowe posiedzenie Towarzystwa Naukowego w Izbie Zdrowia w Generalnym Gubernatorstwie

odbyte 2 lipca 1942 w sali posiedzeń Wydziału Spraw Zdrowotnych Rządu

Dr. Ruppert — Odżywianie chorych w Generalnym Gubernatorstwie.

Referent rozpoczął od przesunięć w odżywianiu, uwarunkowanych umiastowieniem i cywilizacją. Dowodził on, że człowiek w poprzednich 10-leciach coraz to bardziej odsuwał się od pożywienia zdrowotnego, wymaganego przez naturę, a przez to w współdziałaniu z innymi wpływami cywilizowanymi musiał ponieść występujące wyraźnie na jaw szkody pod względem zdrowotności i sprawności.

Domagał się on takiej postaci pożywienia, która mogłaby być mniej wybitna pod względem smakowym, ale tym bardziej musiałaby być nastawiona na wymagania zdrowotne. Już zdrowego musianoby nakłaniać do tego rodzaju formy odżywiania, a tym bardziej jeszcze chorego. Przy tym referent stał na stanowisku, że nie wolno dopiero czekać, póki nie zbada się wszystkich zagadnień fizjologii odżywiania, które nam, o ile rozgrywają się w bezpośredniej komórkowej przemianie materii, może nigdy nie będą zupełnie dostępne, ale domagał się formy odżywiania wyprzedzającej zdobycze naukowe, która to forma musiałaby być wybudowana na nauce doświadczalnej opartej na zapatrywaniu ogarniającym całość.

Na przykładzie zagadnienia hypertonii dowodzono, jak mało można było zbadać dotychczas cały kompleks zagadnień i jak wiele preparatów niedopuszczalnych dostawało się do obrotu i było zalecanych jako skuteczne, chociaż do dzisiaj nie można było znaleźć niebudzącego zastrzeżeń środka obniżającego parcie krwi. Faktowi temu przeciwstawiono coraz to bardziej nabierające znaczenia, oparte na czystej terapii empirycznej, leczenie biologiczne hypertonii wahającej się.

Wychodząc z tych myśli wstępnych, referent przeszedł do zagadnienia żywienia chorych w Generalnym Gubernatorstwie, które to żywienie można było zabezpieczyć dostatecznie pod każdym względem, a które we wszystkich szczegółach ustalono w wytycznych ogólnych, jakie niedługo ukażą się w druku. (Czytelnika odsyła się do tych wytycznych, które referent sam opracował). Omówił też odrębności i nowości w żywieniu chorych. Przy tym szczegółowiej omówił współczesną dietetykę schorzeń żołądka i domagał się obfitującego w witaminy pożywienia, pobudzającego w przeciwstawieniu do zwykle stosowanej dotychczas ścisłej diety, pozbawionej ciał działających i ochronnych. Dwugodzinny referat autor poparł we wszystkich szczegółach zasadniczych dotyczącą literaturą fachową. (Streszczenie własne).

Przed posiedzeniem starszy lekarz sztabowy

Dr. Spamer naczelny lekarz szpitala broni lotniczej przedstawił rosnący naciekowo na zewnątrz guz w okolicy lewej łopatki u 24-letniego żołnierza; podjęta w międzyczasie operacja wykazała *haemangioma cavernosum*.

W dyskusji nad referatem Dra Rupperta mówił Dr. Rissmann o konieczności odwrotu od dotychczasowych kuracyj dietetycznych wrzodu żołądka, których wyniki nie zadawalają, szczególnie skoro przewagę uzyskały nowsze poglądy (Kürten i in.), wedle których wrzód żołądka, w założeniu swoim — jako uwarunkowany dziedzicznie — nie da się wyleczyć kuracją dietetyczną, lecz zawsze tylko dozna poprawy w swych przejawach podmiotowych.

W sprawie chleba razowego, szczególnie t. zw. chleba pełno-ziarnistego, w leczeniu chorych na żołądek wspomniał Dr. Rissmann jako pierwszy warunek jego dobrą jakość, której — jego zdaniem — w czasach wojennych nie można bezwarunkowo zazapewnić.

Dr. Rissmann.

O odczynie zlepnym kropli suchej

przy chorobach zakaźnych i o jej stosowaniu przy zwalczaniu epidemicznego i endemicznego duru osutkowego

Napisał W. Steuer, st. lekarz rez., kierownik Wojskowego Higieniczno-Bakteriologicznego Zakładu Badawczego

(Przedruk z „Münch. Med. Wochenschrift“ 1942, Nr. 2)

Bezpośrednio po kampanii w Polsce, gdy czerwonka wszędzie wygasła, uwagę zwróciliśmy głównie na zarazę, której należało oczekiwać z nastaniem zimy, t. j. na dur osutkowy. Aby uzyskać ogólny pogląd na stan tej zarazy, przeprowadzono wówczas dla lekarzy miejscowych i lekarzy powiatowych liczne badania bakteriologiczno-serologiczne, zwłaszcza, że zakłady miejscowe początkowo nie były zdolne do pracy, a do tego komunikacja ogólna i pocztowa jeszcze była znacznie utrudniona, niepewna i pochłaniająca wiele czasu. Nawet przy przekazywaniu materiału najbliższemu lekarzowi liniowemu czy garnizonowemu przewiezienie aż do laboratorium, o ile nie następowało za pośrednictwem kuriera, mogło tak samo jak przy ich własnych przesyłkach trwać kilka dni. Tak więc odstęp czasu pomiędzy pobraniem materiału do badań, a nadejściem wyników, był często niewspółmiernie duży. Także dla higienisty wojskowego pobranie materiału z ognisk zarazy do zakładu badawczego i jeszcze następnie powrót na miejsce dla ocenienia wyników był kłopotliwy i wykazujący strony ujemne. Odpowiednio do tego dla klinicysty i higienisty jednakowo istniała potrzeba metody serologicznej, która by bez zwracania się do laboratorium specjalnego umożliwiała rozstrzygnięcie o istnieniu lub wykluczeniu przypuszczalnej choroby zakaźnej. Wobec tej konieczności ówczesny doradca higieniczny armii p. starszy lekarz sztabowy prof. Dr. Kudicke urzeczywistnił ze mną myśl szybkiego odczynu serologicznego w postaci odczynu zlepnego kropli suchej. Zastosowanie krwi suchej, do rozpoznawania choroby wysunął już z pomyślnym wynikiem Chediak u luetyków, a długo przed nim już Widal i Pfuhl przy durze brzusznym. Następnie metody takie weszły w użycie przede wszystkim w Ameryce. W Europie nie uzyskały one nigdy znaczenia.

Próby wstępne, które doprowadziły do techniki odczynu zlepnego kropli suchej można tu pominąć, są one wyczerpująco przedstawione w piśmiennictwie. Ostateczna technika po krótce przedstawia się następująco:

Z opuszki palca lub płatka usznego pobiera się normalnym oczkiem platynowym 3 krople krwi, rozpościera się obok siebie na szkiełku przedmiotowym i suszy w ciepłocie pokojowej. Również krew zakrzepłą, a więc uzyskaną przez nakłucie żyły, którą należy przesłać lub przesłano do laboratorium, można użyć po wytrząśnięciu. Do każdej kropli dodaje się zawiesinę bakteryj w ilości wzrastającej, a wynik odczytuje się już po kilku minutach.

Z instrumentów więc potrzeba tylko: flaszeczkę alkoholu, watę, igłę Franka lub nakłuwacz, szkiełka przedmiotowe ewentualnie o szlifie wklęsłym, oczko platynowe dwumilimetrowej szerokości w świetle i grubości drutu 0,6 mm, mikropipetę, najlepiej pipetkę łódkowatą.

Jako odczynnika używa się zależnie od choroby, na którą ma się przeprowadzić badanie, odpowiednich zawiesin bakteryj. Przy badaniu na dur osutkowy za odczynnik służy zawiesina odmieńca X 19, zabita w 75°, przy badaniu na dur brzuszny paradur-*enteritis* formolizowana zawiesina bakteryj, które zabito i utrwalono przy durze brzusznym — przy pomocy 0,1 %-owego, przy paradurach-*enteritis* 0,2 %-owego formaldehydu. Aglutynację na czer-

wonkę przeprowadza się prątkami Shiga-Kruse lub Flexnera, które zabito 0,1 %-owym formolem. Warto zaznaczyć, że przy grupie duru brzusznego istnieje naturalna możliwość rozpoznania różniczkowego, a mianowicie wykonania odrębnie odczynu zlepnego kropli suchej ze szczepem H i O, a więc pracowania z 3 kroplami na dwóch szkiełkach przedmiotowych, aby zwłaszcza odróżnić wynik szczepienia ochronnego i aglutynin normalnych, które przeważnie okazują się czystymi mianami H względnie O, w odróżnieniu od przeciwciał O—H, które z reguły występują wspólnie przy lub po zakażeniu.

Dla wykonania odczynu do pierwszej kropli krwi na szkiełku przedmiotowym dodaje się 0,02 cm³, do drugiej 0,04 cm³, do trzeciej 0,08 cm³ dotyczącej zawiesiny bakteryjnej i brzegiem szkiełka przedmiotowego ostrożnie rozpościera się ponad kroplą. Przy tym natychmiast bada się jednorodność zawiesiny bakteryjnej. Powstający brunatnawy roztwór hemoglobinowo-surowiczy miesza się równomiernie z zawiesiną bakteryjną przez ostrożne przechylanie szkiełka w różne strony.

Ocenianie odczynu przy badaniu na dur osutkowy następuje po 1, 5, 10 minutach, przy durze brzusznym—paradurze-*enteritis* po 1, 5, 15 minutach, ponieważ aglutynacja grupy O występuje wolniej. Przy czerwonce okresy odczytu wynoszą 10, 20, 30 minut, ponieważ chciwość aglutynin jest szczególnie mała. Pomiędzy i przed odczytami celowym jest parokrotne przechylenie szkiełka przedmiotowego w różne strony, aby przyśpieszyć rozpuszczanie, zmieszanie się i aglutynację.

W międzyczasie można też dla uniknięcia parowania położyć szkiełka na zwilżonej bibule pod przykrywkę miseczki Petriego.

Próby krwi o niskim mianie surowicy przy zastanowieniu odczynu będą uznane za nieswoiste, ponieważ miano to jest niespecyficzne. Próby krwi z mianami 1 : 100 dla duru brzusznego — paraduru-*enteritis* i z mianem 1 : 200 dla duru osutkowego, czerwonki typu Shiga-Kruse i typu Flexnera, jak również wszystkie wyższe miana przy próbie aglutynacyjnej kropli suchej ocenia się odpowiednio do wysokości miana zaraz lub po okresie wyczekiwania, jako dodatnie, t. zn. że dają one odczyn zlepny szaro-biały, drobno- lub średnioziarnisty, lub grudkowaty albo kłaczkowaty. Wyczerpujące tabele na ten temat ogłoszono w piśmiennictwie. Dla odczytania, które może nastąpić przy pomocy lupy albo często gołym okiem, wytrzymało szczególnie próbę zastosowania zmienione dla tych celów szkiełko przedmiotowe-aglutynoskop (*Steuer*). Podane miana surowicy uzyskano zawsze po 20 minutach przy pomocy aglutynoskopu rurkowatego.

Barwienie bakteryj dla uzyskania wyraźniejszego odczynu nie jest konieczne. Przy słabych odczynach pewność oceny uzyskuje się szybciej przede wszystkim przez to, że odczyny te rozpatruje się także pod mikroskopem przy słabym powiększeniu i użyciu przesłony.

Jak przy wszystkich metodach biologicznych, także i tu dla właściwego posługiwania się nią ważna jest i po prostu niezbędna znajomość granic, możliwości i źródeł błędów. Dopiero ta okoliczność daje możność polegania na wykonywanej pracy i chroni przed błędami.

Już przy pobieraniu krwi należy baczyć, aby miejsce nakłucia było zupełnie suche, resztki użytego środka dezynfekcyjnego mogą wpłynąć na aglutyniny. Najlepiej jest pierwszą kroplę wypływającej krwi zetrzeć; zapewnia to usunięcie resztek środka dezynfekującego. Ponadto kropla ta nadaje się mniej dla celów aglutynacji także i dlatego, ponieważ zmieszana jest jeszcze z występującym płynem tkankowym. Przy małych ilościach krwi, którymi się pracuje, mogłoby to zależnie od okoliczności, szczególnie przy mianie granicznym, wywołać w następstwie dostrzegalne praktycznie zmniejszenie zlepników. Krew wypływająca później winna występować możliwie spontanicznie lub za lekkim naciśnięciem. Przy silnym gnieceniu palca ma ona wygląd jasno-różowy na skutek rozcieńczenia sokiem tkankowym. Wprawdzie wówczas krople nie są nie do użycia, zato w porównaniu z krwią pełną wykazują mniejszą zdolność do odczynu.

Przy stosowaniu normalnego oczka platynowego różnice w wielkości kropli krwi okazują się całkiem nieznaczne. Zależy to po pierwsze prawdopodobnie od lepkości krwi, dalej od sposobu pobrania, wreszcie także od ilości krwi, która wypływa z zadanej rany. Co do różnic w lepkości uważamy, że trzeba się z nimi pogodzić. Pozostałe trudności próbowaliśmy usunąć przez to, że ilość krwi, przeznaczoną do badania, wydobywaliśmy zawsze z kropli krwi przez płaskie nałożenie szerszej strony oczka, a kroplę krwi wybieraliśmy możliwie wielką. Przy tej metodzie bardzo drobne różnice nie wchodzą już praktycznie w rachubę. Przy tym oczko zawiera okrągło 0,003 cm³

---

krwi t. j. około 0,0015 cm³ surowicy. Tak więc ilości użyte są bardzo nieznaczne.

Kto zresztą chce pracować całkiem dokładnie równymi ilościami krwi, skazany będzie na posługiwanie się zamiast oczkiem — najdrobniejszymi pipetkami. Celowym jest takie rozprzestrzenienie kropli krwi na szkiełku przedmiotowym, ażeby posiadała ona średnicę około 1 cm. Przez to schnie ona szybciej, a roztwór hemoglobinowo-surowiczy daje się sporządzić łatwiej. Wreszcie także przy transporcie nie łuszczy się ona tak łatwo.

Poza tym kropla sucha nadaje się do użycia zarówno natychmiast, jak jeszcze po kilku dniach. Ale jej zdolność reakcji stopniowo się zmniejsza.

Zawiesinę bakteryjną należy przed użyciem zawsze zbadać na jałowość i dobroć. Miano graniczne można ściśle ująć tylko przy dobrej zawiesinie. Zabita zawiesina odmieńca X 19 trzyma się do 2 tygodni, formolizowane zawiesiny bakteryjne nadają się do użycia do kilku miesięcy. Tutaj na skutek dodania środka dezynfekcyjnego nie trzeba ściśle przestrzegać jałowości naczyń. Jedno i to samo naczynie można bez szkody otwierać i używać wielokrotnie. Przechowywanie odczynnika odbywa się w ciepłocie pokojowej, najlepiej w ciemności. Jeżeli zawiesina stała w lodówce, to należy uwzględnić, że zimno opóźnia aglutynację. Zimna zawiesina nie powinna być używana bezpośrednio. To samo odnosi się do preparatów.

Rozprzestrzenienie zawiesiny bakteryjnej ponad krwią zaschniętą powinno nastąpić tak, aby nie zadrapać substancji przylegającej do szkła. Niewprawny może pomyłkowo uznać cząsteczki starte za zlepy. Przy kroplach sporządzonych przed paru tygodniami czasami krew zaschnięta spontanicznie łuszczy się przy dodaniu płynu. Tworzą się wówczas blaszkowate cienkie strzępy, które często jeszcze przylegają do szkła, a przy poruszaniu szkiełkiem w różne strony dają się wyraźnie rozpoznać jako takie.

Jeżeli przy dodaniu zawiesiny bakteryjnej istnieje niebezpieczeństwo zlania się kropel na szkiełku przedmiotowym, można temu przeszkodzić przez pociągnięcie kreski twardym pręcikiem tłuszczu lub parafiny. W pierwszej kropli nieraz dodana zawiesina bakteryjna może przybrać konsystencję początkowo wodnistą, a potem lekko galaretowatą. Pozornie zjawisko to nie jest uwarunkowane krwią mleczowatą, a raczej zaniedbaniem ochrony przed parowaniem lub innymi momentami. Dodatek 0,4 %owego szczawianiu lub cytrynianu do zawiesiny może korzystnie wpłynąć na to zjawisko.

Wreszcie charakterystyczne jest, że odczyn zlepny kropli suchej w próbach z chorymi na dur brzu-

szny — paradur-*enteritis* wypadał dodatnio na poziomie miana 1:100, natomiast z chorymi na dur osutkowy lub czerwonkę przy tej samej technice wypadał pozytywnie dopiero na następnym wyższym poziomie 1:200. Sądzimy, że tu pewną rolę odgrywa chciwość zlepników.

Winno się tu też wspomnieć wyraźnie, że odczyn zlepny kropli suchej, jeżeli w pierwszej, drugiej i trzeciej kropli wypada pewnie i silnie pozytywnie, należy rozpoznawczo oceniać w tym samym znaczeniu jak typowy odczyn dodatni Grubera-Widala lub Weila-Felixa. Tam, gdzie występuje szybki odczyn słabo dodatni, można go powtórzyć bez trudu dla lekarza i bez uciążliwości dla pacjenta zależnie od okoliczności codziennie, aby stwierdzić narastanie miana w przebiegu choroby. Jeżeli odczyn zlepny kropli suchej pozostaje zawsze ujemny, albo nie następuje wzrost, to w ostatnim przypadku przemawia to za aglutyninami normalnymi w wyniku szczepienia ochronnego, lub odczynem wywiadowym, oraz z reguły w obu przypadkach przeciwko istnieniu dotyczącej choroby przy durze osustkowym i durze brzusznym — paradurze-*enteritis*. Natomiast przy czerwonce, przede wszystkim przy typie Flexnera, nie rzadko może w ogóle nie być żadnego miana, lub tylko miano nieznaczne, utrzymujące się stale. Aż do rozcieńczenia 1:100 miano odczynu zlepnego kropli suchej nie będzie uznane, ponieważ nie należy go wyzyskiwać rozpoznawczo. Takie poziomy miana znajdowano często także u zdrowych i chorych odmiennie. Nawet wyższe miana, które w odczynie szybkim już uznaje się za dodatnie, nie zawsze dadzą się ocenić jednoznacznie. Ale tutaj także i typowy odczyn Grubera-Widala już nie pomaga. Przy czerwonce typu Shiga-Kruse to skrzyżowanie się mian surowic nieswoistych i swoistych występuje rzadziej, także i zawartość zlepników surowicy jest przeważnie wyższa. Musi się przestrzegać ogólnych granic serodiagnostyki przy czerwonce, które niedawno opisano (*Steuer*). W przypadkach, w których pożądana jest znajomość dokładnego miana końcowego krwi, nie powinno się wzdragać przed przeprowadzeniem także typowego odczynu Grubera-Widala, względnie Weila-Felixa.

Możliwości błędów odczynu zlepnego kropli suchej, ponieważ są one natury ogólnej i stąd znane, nie powinny stanowić żadnych trudności dla lekarza wyszkolonego serologicznie. Ale także mniej wprawny powinien wkrótce poznać przyczyny i występowanie źródeł błędów. Tak więc można raczej spróbować dania tej metody lekarzom powiatowym, czy też lekarzom praktykom — w tutejszych stosunkach zresztą tylko wybranym — po krótkim wprowadzeniu, aby praktyczne zwalczanie chorób zakaźnych uprościć, ułatwić, przyspieszyć, a przez to uczynić skuteczniejszym.

Jeżeli w takim obszarze chorób zakaźnych jak Polska zechce się stosować odczyn zlepny kropli suchej u chorego gorączkującego, to początkowo nie będzie się wiedziało, czy rozchodzi się tu o dur brzuszny, czy też osutkowy. Także lekarze miejscowi nie mogą na podstawie obrazu klinicznego wydać o tym pewnego rozstrzygnięcia. Rozpoznanie różniczkowe często nie da się postawić przy zmiennym przebiegu choroby, który może przybrać zarówno dur brzuszny, jak i osutkowy. Jeśli w takich przypadkach zechce się próbować szybkiego rozpoznania serologicznego, to wówczas należy badać nie tylko na dur brzuszny, lecz równocześnie także na dur osutkowy. Ponieważ bez specjalnego kłopotu można pobrać dowolnie wielką ilość kropli krwi, możliwym będzie bez trudu przygotowanie sześciu lub też więcej preparatów. Jeżeli jednakże ma się do czynienia tylko z trzema kroplami, to nawet z nimi można przeprowadzić obie próby, jeżeli w sposób zwykły zawiesiną odmieńca X 19 bada się najpierw tylko pierwszą kroplę, a jeżeli ona daje odczyn dodatni, wówczas także drugą i trzecią. Jeżeli natomiast próba wstępna na dur osutkowy wypada ujemnie, to drugą i trzecią kroplę należy badać przy pomocy 0,02 i 0,08 cm^3 zawiesiny prątków duru brzusznego, przy czym już w obu kroplach miano Grubera-Widala 1:200 można oceniać jako dodatnie.

(Dokończenie nastąpi.)

NIEDZIELNE DYŻURY LEKARZY
w Krakowie

na dzień 9. VIII. 1942

Lekarze ogólni:

Dr. Remin Stanisław, Starowiślna 80
Dr. Roman Stanisław, Siemiradzkiego 11
Dr. Ross Jan, Krakowska 4
Dr. Ruciński Adam, Starowiślna 64
Dr. Rueger Henryk, Augustiańska 10
Lek. Rydel Jan, Rzeszowska 8
Lek. Schnitter Borys, Fałata 12
Dr. Schreiber Aleksander, Dietla 97

Lekarze chorób kobiecych:

Dr. Zawadzki Witold, Potockiego 3
Dr. Zigmund Jan, Bernardyńska 11/8
Dr. Baranowska Zofia, Kościuszki 52 a

Lekarze chorób dziecięcych:

Dr. Gołąb Jan, Zyblikiewicza 5
Dr. Gradzińska Michalina, Starowiślna 20

Chirurdzy:

Dr. Bernadzikowski Władysław, Długa 60
Lek. Bielas Aleksander, Wielopole 22

Dermatolog:

Dr. Mulowski Tadeusz, Zielona 28/3

Neurolog:

Dr. Horodeński Józef, Zacisze 12

Lekarze dentyści:

Dr. Polaczkówna Elżbieta, Smoleńsk 19
Lek. Cyrkowicz Janina, Garbarska 16
Lek. Chadżijew Donczo Iliew, Lelewela 17
Lek. Moncewicz Natalia, Potockiego 1

NIEDZIELNE DYŻURY LEKARZY
w Krakowie

na dzień 16. VIII. 1942

Lekarze ogólni:

Dr. Sidorowicz Wacław, Stradomska 17
Dr. Siedlecki Feliks, św. Marka 8
Lek. Simon Anna, Długa 62
Lek. Skałbowa Władysława, Prażmowskiego 17
Lek. Skimina Jan, Kochanowskiego 28
Lek. Smolarek Jan, Prądnicka 80
Dr. Sokołowski Adam, Potockiego 8
Dr. Stanowski Józef, Łobzowska 47
Lek. Stein Bolesław, Wrzesińska 11

Lekarze chorób kobiecych:

Dr. Białek Stanisław, Lubicz 27
Dr. Bryniarski Wincenty, Biskupia 14
Dr. Cikowski Stanisław, św. Jana 18

Lekarze chorób dziecięcych:

Lek. Jaskulski Witold, Kielecka 5
Lek. Kapłańska Jadwiga, Mikołajska 3

Chirurdzy:

Dr. Garbień Józef, Szopena 11
Dr. Gasiński Józef, Batorego 10

Dermatolog:

Dr. Obtułowicz Mieczysław, Starowiślna 6

Neurolog:

Dr. Marxen Kazimiera, Grzegórzecka 19

Lekarze dentyści:

Dr. Pyzikowa Kazimiera, Karmelicka 30
Lek. Ganza Jan, Karmelicka 6
Lek. Nadolski Czesław, Piłsudskiego 6
Lek. Dengerek Irena, Starowiślna 43

Uprawniony technik dentystyczny:

Martynkowska Maria, Pańska 6

Członkowie zawodów leczniczych, którzy przesyłają pieniądze do Izby Zdrowia w Krakowie przy pomocy przekazów pocztowych, powinni na odwrotnej stronie odcinka podać dokładnie na jaki cel przeznaczona jest odnośna kwota, np.:

„Prenumerata czasopisma „Zdrowie i Życie" za miesiąc ....",

„Składka członkowska działu zawodowego położnych" itd.

Druk: Z. K. W. Kraków, Universitätsstraße 19a